

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH NỘI SOI, MÔ BỆNH HỌC VÀ TỈ LỆ NHIỄM *HELICOBACTER PYLORI* Ở BỆNH NHÂN VIÊM DẠ DÀY MẠN TEO

BS. TRẦN QUỐC XUÂN, BS. HỒ VĂN HUYỀN
BS. NGUYỄN THỊ HOÀI PHƯƠNG, BS. TRẦN NGỌC HIỀN
Trung tâm Y tế thành phố Huế

Phản biện khoa học: PGS.TS. TRẦN VIỆT TÚ
Chủ nhiệm Bộ môn Nội tiêu hóa, Học viện Quân y

TÓM TẮT: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 65 bệnh nhân viêm dạ dày mạn teo được chẩn đoán bằng nội soi, chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học, xét nghiệm *Helicobacter pylori* bằng phương pháp CLO-test và mô bệnh học tại Bệnh viện Trường Đại học Y dược Huế, kết quả:

- Lâm sàng: bệnh nhân đau vùng thượng vị chiếm tỉ lệ 84,6%; đầy bụng, chướng tiêu 66,2%; ợ hơi, ợ chua 63,1%; nóng rát thượng vị 21,5%; buồn nôn, nôn 12,3%.

- Teo niêm mạc nội soi mức độ nhẹ 73,9%; mức độ vừa 24,6%; mức độ nặng 1,5%, trong đó dạng C1 chiếm 50,8%, dạng C2 chiếm 23,1%, dạng C3 chiếm 21,5%, dạng O1 chiếm 3,1% và dạng O2 chiếm 1,5%, không gặp dạng O3. Trên mô bệnh học: viêm dạ dày mạn teo mức độ nhẹ 56,9%, mức độ vừa 38,5%, mức độ nặng 4,6%; viêm hoạt động 78,5%; dị sản ruột 44,6%; loạn sản 35,4%. Tỉ lệ nhiễm *Helicobacter pylori* ở bệnh nhân teo niêm mạc nội soi mức độ nhẹ (C1, C2) là 66,7%, mức độ vừa (C3, O1) là 30,8%, mức độ nặng (O2, O3) là 2,6%. Tỉ lệ nhiễm *Helicobacter pylori* trên mô bệnh học ở viêm teo nhẹ là 48,7%, viêm teo vừa 46,2%, viêm teo nặng 5,1%, viêm hoạt động nhẹ là 10,8%, viêm hoạt động vừa 48,6%, viêm hoạt động nặng 40,5%, dị sản ruột là 41,0%, loạn sản là 43,6%.

- Có mối liên quan giữa tình trạng nhiễm *Helicobacter pylori* với mức độ viêm hoạt động. Chưa thấy mối liên quan giữa nhiễm *Helicobacter pylori* với mức độ viêm teo dạ dày, dị sản ruột và loạn sản.

Từ khóa: Viêm dạ dày mạn, *Helicobacter pylori*.

ABSTRACT: The cross-sectional descriptive study on the 65 patients with chronic gastritis diagnosed by endoscopy, definitive diagnosis by histopathology, testing for *Helicobacter pylori* by method CLO-test and histopathology at the hospital of Hue University of medicine and pharmacy, results:

- The clinical characteristics: The patients suffering from epigastric pain accounted for 84.6%; indigestion, dyspepsia - 66.2%; belch, sour - 63.1%; epigastric hot - 21.5%; nausea, vomiting - 12.3%.

- Atrophy of mucous membrane at mild level - 73.9%; medium level - 24.6%; serious level - 1.5%, included C1 form was 50.8%, C2 form was 23.1%, C3 form was 21.5%, O1 form was 3.1% and O2 form was 1.5%. There was no O3 form. Histopathological features: chronic atrophied gastritis at mild level 56.9%, moderate level 38.5%, serious level 4.6%; active gastritis 78.5%; intestinal heteroplasia 44.6%; dysplasia (35.4%). The prevalence of *Helicobacter pylori* infection in patients with atrophy of mucous membrane at mild level (C1, C2) was 66.7%, moderate level (C3, O1) was 30.8%, severe level (O2, O3) was 2.6%. The prevalence of *Helicobacter pylori* infection in histopathology with mild atrophied gastritis was 48.7%, moderate atrophied gastritis 46.2%, severe atrophied gastritis 5.1%, mild active gastritis 10.8%, moderate active gastritis 48.6%, severe active gastritis 40.5%, intestinal heteroplasia 41.0%, dysplasia is 43.6%.

- There was a relationship between *Helicobacter pylori* infection and level of active gastritis. There was no relationship between *Helicobacter pylori* infection and level of atrophied gastritis, intestinal heteroplasia and dysplasia.

Keywords: Atrophied gastritis, *Helicobacter pylori*.

Chịu trách nhiệm nội dung: BS. Trần Quốc Xuân, số điện thoại: 0982056596

Ngày nhận bài: 23/10/2017; mời phản biện khoa học: 19/11/2017; chấp nhận đăng: 25/12/2017.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Viêm dạ dày mạn teo là một hình thái bệnh lý thường gặp trong các thể bệnh viêm dạ dày mạn tính. Bệnh thường có tiến triển tiềm tàng, liên tục với những thay đổi ở lớp biểu mô, có thể dẫn tới

sự phát triển dị sản và loạn sản, là những dấu hiệu tiên ung thư quan trọng [1], [4], [7]. Tại châu Âu, viêm dạ dày mạn chiếm tỉ lệ 30-50% ở người trên 60 tuổi. Tại Việt Nam, có tới 31-65% các trường hợp nội soi đường tiêu hóa trên do viêm dạ dày

mạn và 79,6% viêm mạn teo trên mô bệnh học [3], nguy cơ xuất hiện viêm teo dạ dày từ viêm dạ dày mạn khoảng 3% mỗi năm [5], [7].

Từ năm 1983, khi Marshall B và Warren R tìm thấy vi khuẩn *Helicobacter pylori* tại dạ dày và chứng minh được vai trò gây bệnh của vi khuẩn này trong viêm dạ dày và loét dạ dày - tá tràng, đặc biệt là những cải thiện mô bệnh học sau khi điều trị diệt trừ *H. pylori* đã làm thay đổi các quan điểm trước đây về nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh và cách điều trị viêm dạ dày mạn [9].

Hiện nay, chẩn đoán xác định viêm dạ dày mạn teo chủ yếu dựa vào phân tích mô bệnh học và đó được coi là tiêu chuẩn vàng [1]. Tuy nhiên, việc chẩn đoán mô bệnh học không phải lúc nào cũng thực hiện được ở tất cả các cơ sở y tế. Do đó, việc đánh giá về lâm sàng và nội soi có giá trị ứng dụng thực tế rất quan trọng. Hệ thống đánh giá teo niêm mạc dạ dày trên nội soi theo phân loại Kimura - Takemoto ra đời từ năm 1969, đến nay đã được khẳng định rõ nét, cho thấy có sự tương đồng khá chặt chẽ với biểu hiện trên mô bệnh học của bệnh lý viêm dạ dày mạn teo. Từ đó, giúp sàng lọc viêm teo niêm mạc dạ dày, phát hiện sớm nguy cơ ung thư dạ dày [2], [6], [8].

Nhiều tác giả đã khẳng định ung thư dạ dày xuất phát từ dạ dày viêm teo mạn tính, rất hiếm trường hợp ung thư dạ dày mà không có viêm mạn teo kèm theo. Nói cách khác, viêm dạ dày mạn teo là tiền thân của ung thư dạ dày [1]. Do đó, việc nghiên cứu về viêm dạ dày mạn teo là rất cần thiết.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm 2 mục tiêu:

- Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi, mô bệnh học ở bệnh nhân (BN) viêm dạ dày mạn teo.

- Khảo sát tỉ lệ nhiễm *H. pylori* và mối liên quan giữa nhiễm *H. pylori* với hình ảnh nội soi và mô bệnh học.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả các BN có triệu chứng gợi ý viêm dạ dày, khám và nội soi dạ dày tại Trung tâm Nội soi tiêu hóa, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế, thời gian từ tháng 7/2014 đến tháng 7/2015.

Từ các đối tượng trên, lựa chọn cỡ mẫu nghiên cứu thuận tiện gồm các BN có các tiêu chuẩn lâm sàng sau: tuổi ≥ 18 , có các triệu chứng gợi ý viêm dạ dày (đau vùng thượng vị, cảm giác nặng bụng, đầy bụng, chướng hơi, ợ chua, nóng rát thượng vị, buồn nôn, nôn).

Theo các tiêu chuẩn trên, chúng tôi chọn được 65 BN viêm teo niêm mạc dạ dày (36 nam và 29 nữ), tuổi từ 20-78 (trung bình $53,52 \pm 12,52$ tuổi).

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán nội soi theo phân loại Kimura - Takemoto:

Đánh giá mức độ teo niêm mạc dạ dày trên nội soi dựa trên vị trí của bờ teo niêm mạc, được chia thành 3 mức độ: teo niêm mạc nội soi mức độ nhẹ (C1, C2), mức độ vừa (C3, O1) và mức độ nặng (O2, O3) [2], [6], [8].

2.2.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm dạ dày mạn teo bằng mô bệnh học:

Xác định viêm dạ dày mạn teo trên mô bệnh học khi thân vị hoặc hang vị hoặc cả thân vị và hang vị bị viêm teo mạn tính và phân loại các thể viêm dạ dày mạn dựa vào các tiêu chuẩn của hệ thống phân loại Sydney [1], [7].

2.2.4. Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm *H. pylori*:

Xét nghiệm chẩn đoán nhiễm *H. pylori* khi CLO-test (+) và mô bệnh học (+).

2.2.5. Phương pháp xử lý số liệu:

Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học trên chương trình phần mềm SPSS phiên bản 16.0, xác suất có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN.

3.1. Đặc điểm lâm sàng:

- Đau vùng thượng vị: 55 BN (84,6%).
- Nóng rát thượng vị: 14 BN (21,5%).
- Ợ hơi, ợ chua: 41 BN (63,1%).
- Buồn nôn, nôn: 8 BN (12,3%).
- Đầy bụng, chướng hơi: 43 BN (66,2%).

BN đau vùng thượng vị chiếm tỉ lệ 84,6%, đây là triệu chứng chủ yếu để người bệnh đi khám. Các triệu chứng đầy bụng, chướng hơi (66,2%); ợ hơi, ợ chua (63,1%); nóng rát thượng vị (21,5%); buồn nôn, nôn (12,3%) chiếm tỉ lệ thấp hơn và là các triệu chứng không điển hình do đó người bệnh ít để ý.

3.2. Đặc điểm nội soi dạ dày theo phân loại Kimura - Takemoto:

- Teo niêm mạc mức độ C1: 33 BN (50,8%).
- Teo niêm mạc mức độ C2: 15 BN (23,1%).
- Teo niêm mạc mức độ C3: 14 BN (21,5%).
- Teo niêm mạc mức độ O1: 2 BN (3,1%).

- Teo niêm mạc mức độ O2: 1 BN (1,5%).

Chúng tôi thấy, tỉ lệ BN giảm dần ở các mức độ teo niêm mạc nội soi nặng hơn. Theo đó, chủ yếu gặp teo niêm mạc nội soi mức độ nhẹ (C1, C2) với tỉ lệ 73,9%, mức độ vừa (C3, O1) chiếm 24,6% và mức độ nặng (O2) chiếm 1,5%, không gặp BN bị teo niêm mạc nội soi mức độ O3.

Phân loại teo niêm mạc trên nội soi theo Kimura-Takemoto đã được chứng minh có tương quan với mức độ teo niêm mạc trên giải phẫu bệnh theo hệ thống phân loại Sydney cải tiến [8].

3.3. Đặc điểm mô bệnh học:

Đặc điểm	Mức độ			
	Không	Nhẹ	Vừa	Nặng
Viêm mạn tính	0	7 (10,8%)	30 (46,1%)	28 (43,1%)
Viêm mạn teo	0	37 (56,9%)	25 (38,5%)	3 (4,6%)
Viêm hoạt động	14 (21,5%)	4 (6,2%)	31 (47,7%)	16 (24,6%)
Dị sản ruột	36 (55,4%)	17 (26,1%)	10 (15,4%)	2 (3,1%)
Loạn sản	42 (64,6%)	15 (23,1%)	6 (9,2%)	2 (1,5%)

Viêm teo dạ dày gặp chủ yếu ở người lớn tuổi, có thể những BN này đã có viêm dạ dày một thời gian dài để viêm nông tiến triển thành viêm teo.

3.4. Tỉ lệ nhiễm *H. pylori*:

3.4.1. Tỉ lệ nhiễm *H. pylori* với mức độ tổn thương trên nội soi:

Xét nghiệm CLO-test và mô bệnh học, chúng tôi xác định có 39 trường hợp nhiễm *H. pylori*, 26 trường hợp không nhiễm *H. pylori*. 39 trường hợp nhiễm *H. pylori* có mức độ teo niêm mạc dạ dày trên nội soi như sau:

- Teo niêm mạc mức độ C1: 16/39 BN (41,0%).
- Teo niêm mạc mức độ C2: 10/39 BN (25,6%).
- Teo niêm mạc mức độ C3: 10/39 BN (25,6%).
- Teo niêm mạc mức độ O1: 2/39 BN (5,1%).
- Teo niêm mạc mức độ O2: 1/39 BN (2,6%).

Teo niêm mạc nội soi mức độ nhẹ (C1, C2) chiếm 66,7%, mức độ vừa (C2, O1) là 30,8% và mức độ nặng (O2) là 2,6%.

Kết quả của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của Đặng Trung Thành với tỉ lệ nhiễm

H. pylori ở BN có biểu hiện teo niêm mạc nội soi mức độ nhẹ chiếm 55,3%; mức độ vừa và nặng chiếm 44,7% [6].

Nhiều nghiên cứu theo dõi lâu dài cho thấy tỉ lệ nhiễm *H. pylori* giảm dần theo mức độ nặng của tình trạng viêm teo, có thể do khi viêm teo nặng niêm mạc dạ dày không còn là môi trường thích hợp cho *H. pylori* cư trú và phát triển [7].

3.4.2. Liên quan nhiễm *H. pylori* với mức độ viêm teo dạ dày trên mô bệnh học:

Mức độ	Không nhiễm (n = 26)	Có nhiễm (n = 39)
Viêm teo nhẹ	18 (69,2%)	19 (48,7%)
Viêm teo vừa	7 (26,9%)	18 (46,2%)
Viêm teo nặng	1 (3,9%)	2 (5,1%)
p	> 0,05	

Tỉ lệ nhiễm *H. pylori* ở BN viêm teo nhẹ là 48,7%; viêm teo vừa 46,2%; viêm teo nặng 5,1%, khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.4.3. Liên quan giữa nhiễm *H. pylori* với viêm hoạt động:

Mức độ viêm	Không nhiễm (n = 26)	Có nhiễm (n = 39)
Hoạt động nhẹ	10 (15,4%)	4 (10,8%)
Hoạt động vừa	4 (61,5%)	18 (48,6%)
Hoạt động nặng	0	15 (40,5%)
Không hoạt động	12 (3,9%)	2 (5,1%)
p	< 0,05	

Tỉ lệ nhiễm *H. pylori* ở BN viêm hoạt động là 94,9% (37/39 BN), trong đó tỉ lệ nhiễm *H. pylori* ở BN viêm hoạt động nhẹ là 10,8%, viêm hoạt động vừa là 48,6%, viêm hoạt động nặng là 40,5% với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Viêm hoạt động là bằng chứng của viêm dạ dày mạn có nhiễm *H. pylori*, nhiễm *H. pylori* càng nặng thì mức độ tổn thương và mức độ hoạt động của quá trình viêm càng mạnh [2].

3.4.4. Liên quan giữa nhiễm *H. pylori* với dị sản ruột:

Dị sản ruột	Không nhiễm (n = 26)	Có nhiễm (n = 39)
Có	12 (46,2%)	17 (43,6%)
Không	14 (53,8%)	22 (56,4%)
p	> 0,05	

Tỉ lệ nhiễm *H. pylori* ở BN dị sản ruột là 43,6%, khác biệt với tỉ lệ nhiễm *H. pylori* ở BN không dị sản ruột (56,4%) với $p > 0,05$.

Theo nghiên cứu của Zhang C và cộng sự, nhận thấy sự phát triển của viêm teo tuyến và dị sản ruột có sự liên quan mật thiết đến nhiễm *H. pylori*, những BN có nhiễm *H. pylori* thường có tỉ lệ dị sản ruột cao hơn không nhiễm và tỉ lệ dị sản ruột tăng theo mức độ viêm teo niêm mạc dạ dày [10].

3.4.5. Liên quan giữa nhiễm *H. pylori* với loạn sản:

Loạn sản ruột	Không nhiễm (n = 26)	Có nhiễm (n = 39)
Có	5 (19,2%)	18 (46,2%)
Không	21 (80,8%)	21 (53,8%)
p	> 0,05	

Tỉ lệ nhiễm *H. pylori* ở BN loạn sản là 46,2%, tỉ lệ nhiễm *H. pylori* ở BN không bị loạn sản là 53,8%. Tỉ lệ nhiễm *H. pylori* giữa hai nhóm có loạn sản và không loạn sản ruột không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

4. KẾT LUẬN.

4.1. Đặc điểm lâm sàng, nội soi, mô bệnh học của viêm dạ dày mạn teo:

- Đặc điểm lâm sàng: đau vùng thượng vị chiếm tỉ lệ 84,6%; đầy bụng chậm tiêu 66,2%; ợ hơi, ợ chua 63,1%; nóng rát thượng vị 21,5%; buồn nôn, nôn 12,3%.

- Hình ảnh nội soi theo phân loại Kimura - Takemoto: teo niêm mạc nội soi gặp chủ yếu dạng C1 (50,8%), dạng C2 (23,1%), dạng C3 (21,5%), dạng O1 và O2 chiếm tỉ lệ thấp (3,1% và 1,5%), không gặp dạng O3. Teo niêm mạc nội soi mức độ nhẹ chiếm 73,9%; vừa 24,6%; nặng 1,5%.

- Hình ảnh mô bệnh học: viêm dạ dày mạn teo mức độ nhẹ 56,9%, vừa 38,5%, nặng 4,6%. Viêm hoạt động chiếm tỉ lệ 78,5%, trong đó viêm hoạt động nhẹ chiếm tỉ lệ 6,2%, vừa 47,7%, nặng 24,6%. Dị sản ruột chiếm tỉ lệ 44,6%, loạn sản 35,4%.

4.2. Tỉ lệ nhiễm *H. pylori*, mối liên quan giữa nhiễm *H. pylori* với hình ảnh nội soi và mô bệnh học

- Tỉ lệ nhiễm *H. pylori* và mối liên quan với nội soi: tỉ lệ nhiễm *H. pylori* giảm dần theo mức độ nặng của viêm teo. Tỉ lệ nhiễm *H. pylori* ở BN teo niêm mạc nội soi mức độ nhẹ (C1, C2) là 66,7%, mức độ vừa (C2, O1) là 30,8%, mức độ nặng (O2, O3) là 2,6%.

- Tỉ lệ nhiễm *H. pylori* và mối liên quan với mô bệnh học: tỉ lệ nhiễm *H. pylori* ở BN viêm teo nhẹ là 48,7%, viêm teo vừa 46,2%, viêm teo nặng 5,1%. Viêm hoạt động nhẹ là 10,8%, viêm hoạt động vừa 48,6%, viêm hoạt động nặng 40,5%. Dị sản ruột là 41,0%, loạn sản là 43,6%.

Có mối liên quan giữa tình trạng nhiễm *H. pylori* với mức độ viêm hoạt động, chưa thấy mối liên quan giữa nhiễm *H. pylori* với mức độ viêm teo dạ dày, dị sản ruột và loạn sản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Thị Hòa Bình (2010), *Nghiên cứu chẩn đoán bệnh viêm dạ dày mạn tính bằng nội soi, mô bệnh học và tỉ lệ nhiễm H. pylori*, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Quách Trọng Đức (2011), *Mối liên quan giữa teo niêm mạc dạ dày theo phân loại Kimura - Takemoto với các tổn thương tiền ung thư*, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
3. Trần Khánh Hoàn, Phùng Khắc Cam (2005), "Nghiên cứu mối liên quan giữa viêm teo dạ dày và *Helicobacter pylori*", *Tạp chí Y học thực hành*, số 12, trang 36-38
4. Mai Thị Minh Huệ (2000), *Nghiên cứu tình trạng dị sản ruột, dị sản dạ dày và loạn sản ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Tạ Long (2007), "Viêm dạ dày mạn", *Tạp chí Khoa học tiêu hoá Việt Nam*, số 2 (6), trang 329-338.
6. Đặng Trung Thành (2012), *Nghiên cứu hình ảnh teo niêm mạc dạ dày trên nội soi theo phân loại Kimura - Takemoto*, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. Trần Thiện Trung (2008), *Bệnh dạ dày tá tràng và nhiễm Helicobacter pylori*, Nhà xuất bản Y học thành phố Hồ Chí Minh, trang 97-24.
8. Kimura K, Takemoto T (1969), "An endoscopic recognition of the atrophic border and its significance in chronic gastritis", *Endoscopy*, 3, pp. 87-97.
9. Marshall B (2002), "*Helicobacter pylori*, 20 years on", *Clin. Med.*, 2(2), pp. 147-152.
10. Zhang C, Yamada N (2005), "*Helicobacter pylori* infection, glandular atrophy and intestinal metaplasia in superficial gastritis, gastric erosion, erosive gastritis, gastric ulcer and early gastric cancer", *China World J. Gastroenterol*, 11(6), pp. 791-796. ■